

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1902-1903 — N° 36

LA

TÉNONITE SUPPURÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond SCIAUX

Né à Santilly (Saône-et-Loire), le 15 Décembre 1878

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUD'HOMME

Cours Gambetta, 32

1902

LA

TÉNONITE SUPPURÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1902-1903 — N° 36

LA

TÉNONITE SUPPURÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond SCIAUX

Né à Santilly (Saône-et-Loire), le 15 Décembre 1878

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

Cours Gambetta, 32

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch..
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; ROLLET, *Assesseur*;

MM. DURAND et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je suis heureux de dédier ces quelques
pages comme hommage de ma sincère
reconnaissance et de mon inaltérable
affection.*

A MA SŒUR

Hommage de ma tendre affection.

A MON FRÈRE JEAN

CAPITAINE AU 8^me RÉGIMENT DE CHASSEURS

A MON FRÈRE JULES

LIEUTENANT-INSTRUCTEUR A L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE CAVALERIE

Témoignage d'affectueux attachement.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. ROLLET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

O'Ferrall, qui le premier en 1841, a décrit l'inflammation de la tunique vaginale de l'œil, avait montré que si l'épanchement ténonien était généralement séreux, il pouvait être aussi purulent.

Depuis, quoi qu'on trouve dans les divers recueils quelques observations isolées de ténonite suppurée, aucun auteur classique ne s'est encore rangé à cette dernière opinion et de Wecker soutient que la véritable capsulite n'aboutit jamais à la suppuration. « Lorsqu'elle n'est pas consécutive à une panophtalmité grave, dit-il, la capsulite n'abcède jamais ».

Aussi nettement formulée, cette opinion nous a paru un peu exclusive. Les cas de ténonite suppurée sont évidemment rares, et il est certain que cette affection a pu être parfois méconnue, en raison de la difficulté de son diagnostic précoce, avant toute complication. Cependant les quelques observations que nous avons relevées au cours de nos recherches nous ont paru probantes.

Un certain nombre d'exemples, cités par différents auteurs, Fuchs, Sgrosso, Romiée, C. Capolongo, et un cas particulièrement intéressant de suppuration de la cavité ténonienne, récemment observé par M. le Professeur agrégé Rollet, et communiqué à la Société Française d'Ophtalmologie (mai 1902), nous ont conduit à faire de la ténonite suppurée le sujet d'un travail d'ensemble sur la question.

Nous avons obéi aux conseils et à l'inspiration de notre maître, le Professeur agrégé Rollet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons toujours suivi l'enseignement avec le plus vif intérêt : qu'il nous soit permis de lui témoigner publiquement toute notre reconnaissance pour le bienveillant accueil avec lequel il nous a reçu et les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous tenons également à assurer, une fois de plus, de notre inaltérable amitié le Docteur Dubreuil, moniteur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté, dont nous avons mis à contribution les connaissances toutes spéciales en matière d'ophtalmologie : nous le remercions très vivement de l'empressement qu'il a toujours mis à nous obliger en maintes circonstances.

M. le Professeur A. Poncet, professeur de clinique chirurgicale, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer l'expression de notre sincère gratitude.

Après quelques considérations générales sur la constitution anatomique, les rapports et le rôle physiologique de la capsule de Tenon, notions succinctes destinées à éclairer la symptomatologie de la maladie, nous décri-

rons la ténonite suppurée, en insistant spécialement sur certains caractères qui, à nos yeux, constituent son individualité.

Dans une première partie, nous traiterons de l'étiologie et de la symptomatologie de la maladie ; puis nous ferons suivre cet exposé de quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic, les complications possibles et les procédés de traitement.

Enfin, nous citerons à l'appui de notre travail (autant que possible *in extenso*, en raison de l'intérêt qu'elles présentent) les quelques observations que nous avons puisées dans les rares auteurs qui se sont occupés de cette affection et qui, avec nous, admettent la ténonite suppurée, en temps qu'entité pathologique.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'aponévrose orbitaire, d'abord étudiée par Tenon qui le premier en donna une description anatomique, fit ensuite l'objet des recherches de Bonnet, de Bogros, de Richet et de Sappey.

Tenon, au sujet de cette membrane nouvelle dont il entreprend la description, s'exprime ainsi: « Il ne serait pas étonnant que l'on cherchât en vain la tunique dont je vais parler, elle est difficile à trouver; il fallait bien que cela fût, puisqu'elle a échappé aux efforts de tant d'anatomistes célèbres qui se sont occupés de recherches sur l'œil ».

Bonnet (de Lyon), à son tour parle « des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée ».

Mais il faut arriver aux recherches de Schwalbe sur les lymphatiques de l'œil (1869), pour acquérir une notion précise de la capsule de Tenon, et de l'espace qu'elle délimite.

Avec lui, nous admettrons que la capsule rétro-bulbaire, décrite par Tenon sous le nom d'aponévrose orbitaire, est constituée en réalité par deux feuillets conjonctifs, concentriques l'un à l'autre; un premier feuillet

postérieur, relativement épais et résistant, représente la capsule proprement dite, telle que la décrivent les auteurs ; et un second feuillet antérieur, beaucoup plus mince, qui entoure la sclérotique et lui adhère intimement. Ces deux feuillets exactement contigus dans toute leur étendue, se réunissent, par fusion réciproque, au pourtour de la cornée, délimitant ainsi une cavité close, *l'espace de Tenon*, celui qu'a décrit Schwalbe sous le nom d'espace supra-sclérotical.

« Ainsi entendue, dit Testut, la capsule rétro-oculaire acquiert toute la valeur d'une membrane séreuse avec son feuillet pariétal, son feuillet viscéral et sa cavité centrale, où circule la lymphe ». Toutefois ces deux feuillets ne sont pas isolés comme les feuillets d'une séreuse véritable ; la cavité qu'ils circonscrivent, virtuelle à l'état normal, c'est-à-dire quand elle n'est pas distendue par quelque épanchement, est parcourue par de nombreuses travées très lâches de tissu conjonctif dont la résistance est cependant assez faible pour permettre le libre glissement du feuillet pariétal le long du feuillet viscéral uni à la sclérotique. Il s'agit donc d'une séreuse, mais d'une séreuse cloisonnée. En outre, cette cavité est uniformément tapissée par une nappe de cellules endothéliales, caractéristiques des membranes séreuses, puisqu'on peut les mettre en évidence par l'imprégnation au nitrate d'argent.

L'espace de Tenon est en communication, d'une part, avec l'espace supra-choroïdien par les gaines lymphatiques qui entourent les vasa-vorticosa ; d'autre part, avec l'espace supra-vaginal du nerf optique, grâce à un système de fentes situées au point où ce nerf pénètre dans

la loge orbitaire antérieure, après avoir traversé la capsule de Tenon. Etant donnée cette communication de la séreuse rétro-oculaire avec les gaines lymphatiques du nerf optique, lesquelles sont en continuité avec les espaces arachnoïdien et sous-arachnoïdien de l'encéphale, on comprend dès lors toute l'importance que peuvent acquérir de tels rapports au point de vue pathologique.

La séreuse rétro-bulbaire, telle que nous venons de la décrire, partage l'orbite en deux loges, l'une antérieure, largement ouverte en avant, destinée au globe de l'œil, l'autre postérieure, contenant graisse, muscles, vaisseaux et nerfs. Elle est en rapport : en avant, avec le tissu cellulaire sous-conjonctival ; en arrière, avec le nerf optique, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, les nerfs ciliaires et les veines ciliaires ; en dehors, avec les muscles de l'œil.

Les muscles uniquement en rapport avec le feuillet externe de la capsule, ne le sont en réalité que sur une faible partie de leur étendue. Au moment de s'engager dans la loge antérieure de l'orbite, pour aller prendre insertion au voisinage de la cornée, les muscles droits rencontrent la capsule de Tenon qui forme cloison ; et comme elle n'offre pas d'ouverture pour leur passage, « elle se laisse déprimer en doigt de gant (Tillaux) », de façon qu'elle accompagne le tendon jusqu'à son insertion scléroticale. Ainsi la capsule de Tenon fournit des gaines aux muscles moteurs de l'œil, gaines qui leur sont fortement adhérentes et les suivent dans leurs mouvements.

Extérieurement, la capsule de Tenon donne insertion, à peu près au niveau de son équateur, à des prolonge-

ments membraneux aponévrotiques qui vont ensuite s'attacher à la crête osseuse de la base de l'orbite. Ce sont les *expansions orbitaires* de la capsule. Nous ne les décrirons pas en détail, il nous suffira de signaler les deux ailerons latéraux, de beaucoup les plus importants par leur volume et leur résistance. Au nombre de deux, l'un externe, l'autre interne, ils naissent chacun de la gaine du muscle droit correspondant, à peu près au niveau de l'équateur de l'œil. Ils se présentent sous la forme de trousseaux fibreux blanchâtres très solidement attachés aux parois correspondantes de l'orbite, auxquelles ils s'insèrent; l'externe, à la paroi externe de l'orbite, immédiatement en arrière du ligament palpétral externe, l'interne, à la paroi interne de l'orbite, en arrière du sac lacrymal et du muscle de Horner. Le rôle de ces expansions de la capsule est de suspendre dans la cavité orbitaire la capsule elle-même et l'œil qui y est inclus. Grâce à cette suspension et à cette fixation de l'œil, le globe peut se mouvoir sans être attiré dans l'orbite, ni projeté en avant pendant les mouvements physiologiques. En définitive, la capsule de Tenon a pour but de suspendre et de maintenir l'œil au milieu de ses annexes, tout en lui permettant d'exécuter des mouvements dans tous les sens.

En matière de conclusion, et pour terminer ce court aperçu anatomique, nous dirons avec le P^r Panas, « qu'il existe en fait dans l'œil une véritable articulation décrite par les anatomistes et les physiologistes et que l'on peut classer dans les énarthroses, comme l'articulation coxo-fémorale: Le globe représente la tête du fémur; la cavité cotyloïde est ici la capsule de Tenon ».

DÉFINITION

La forme de ténonite la plus commune et la mieux étudiée, du moins au point de vue clinique, est la forme séreuse subaiguë. « Quant à la forme séreuse chronique observée une seule fois par Caron du Villards, nous rapporte Sgrosso, de Wecker et Berlin pensent qu'elle n'était que le produit d'une imagination fantaisiste ».

A notre tour, avec M. Rollet, nous admettons une autre forme de la ténonite qui est la forme purulente, laquelle peut exister primitivement ou à titre de complication survenant au cours de l'évolution d'une ténonite séreuse. Nombre de cliniciens nient l'existence de cette troisième forme, dont nous avons cependant réuni quelques cas qui nous ont paru bien observés au point de vue clinique. Le P^r Panas, après de Wecker, s'élève contre l'opinion d'une possibilité de la suppuration isolée de la bourse séreuse rétro-oculaire. Il décrit parfaitement ce qu'il appelle « l'hygroma de l'articulation rétro-bulbaire », mais n'admet pas qu'elle puisse aboutir à la suppuration. « La ténonite se termine toujours par résolution, dit-il, et nous partageons entièrement l'avis de ceux qui pensent que toute suppuration rétro-bulbaire

devra être rattachée au phlegmon orbitaire proprement dit, et non à l'histoire de la ténonite. »

Quoi de surprenant cependant que l'épanchement séreux devienne purulent ou qu'il le soit d'emblée lors des maladies infectieuses ? En outre, il est rationnel d'admettre que les cloques superficielles péri-tendineuses et juxta-cornéennes qui constituent le chemosis séreux symptomatique de l'épanchement capsulaire peuvent s'infecter secondairement, ainsi qu'on voit au tégument externe la vésicule devenir pustule. Rampoldi a noté l'ouverture spontanée de chemosis ténonien laissant trois fistulettes qui donnaient issue à du liquide séreux ; on comprend dans de semblables cas le rôle d'infections secondaires ascendantes (Obs. III).

Nous croyons donc l'espace de Tenon susceptible de réagir, pour son propre compte, aux causes d'infection, et d'aboutir à la suppuration indépendamment de l'influence nocive de telle autre affection de l'œil ou de ses annexes ; autrement dit, nous estimons, à l'encontre de Panas, qu'il y a lieu de considérer l'inflammation suppurative de la capsule de Tenon comme une entité morbide, nettement différenciée au point de vue clinique, et non pas seulement comme un épiphénomène du phlegmon de l'orbite ou de la panophtalmite. Que la ténonite suppurée se complique ultérieurement de suppurations orbitaires plus étendues, au milieu desquelles elle disparaîtra comme noyée en quelque sorte, c'est possible ; mais l'essentiel, pour nous, est de montrer qu'elle peut exister, parfois primitivement, en tous cas isolément.

Le P^r Panas a comparé la ténonite séreuse à l'hygroma ou à l'hydarthrose. « La ténonite, dit-il, est l'in-

inflammation de la bourse conjonctive destinée à faciliter les mouvements du globe dans la loge ténonienne ; je lui ai donné le nom d'hydarthrose de l'œil, d'hygroma de la bourse séreuse rétro-oculaire. » A notre tour, nous assimilerons la ténonite suppurée à l'hygromite et surtout à l'arthrite purulente des maladies infectieuses très bien étudiées par de Lapersonne et Lagrange. Nous verrons d'ailleurs, en étudiant l'étiologie de l'affection, qu'on l'a plusieurs fois observée à la suite des maladies infectieuses, offrant à ce point de vue une singulière analogie avec les arthrites suppurées de même origine.

La légitimité de l'affection, dont nous avons essayé jusqu'ici de démontrer l'existence, étant une fois admise sans conteste, il y a lieu de se demander quel est le siège de la suppuration, cause de la maladie et quel nom il convient de lui donner, pour lui permettre d'entrer dans le cadre nosologique, à titre d'entité morbide.

Quant il est question de phlegmon de la capsule de Tenon, il faut entendre une inflammation siégeant dans l'espace cellulaire situé en arrière de l'œil, dans cet appareil cellulaire à mailles lâches, qui peut être considéré comme offrant des cavités ouvertes les unes dans les autres, à la manière d'une séreuse multiple. Il s'agit ici de la cavité rétro-oculaire, décrite précédemment d'après Schwalbe, et désignée sous le nom d'*espace de Tenon*. Sgrosso a d'ailleurs démontré expérimentalement que c'était bien là le siège de la suppuration, puisqu'il a reproduit des accidents semblables à ceux de la ténonite phlegmoneuse, en introduisant dans la cavité ténonienne d'un lapin des fragments de sureau alcoolisés et désinfectés.

« Il faut bien se garder de croire, fait remarquer Panas, qu'il s'agit là de l'inflammation de la capsule de Tenon, laquelle est une membrane fibreuse mal préparée pour le développement d'une phlegmasie. » Or, les premiers auteurs qui ont décrit la ténonite ont précisément commis cette erreur anatomique, parce qu'ils faisaient de l'entonnoir fibreux le siège du processus inflammatoire, d'où le nom de *capsulite* que lui donna de Wecker. Déjà avant lui, cette maladie avait reçu les noms les plus divers : *periophtalmitis* (Friedberg) ; *inflammatio vaginalis tunicae bulbi* (Mackensie), etc. : ce qui montre clairement combien on était loin d'en avoir une conception nette. En présence d'une telle diversité d'appellations, nous avons cru devoir, à l'exemple de plusieurs auteurs, adopter celle de *ténonite*, surtout en raison de sa commodité.

ÉTIOLOGIE

Alors que l'influence du rhumatisme sur la production de la ténonite séreuse est nettement démontrée (Panas, Puéchagut), il semble que cette même influence ne puisse être invoquée quand il s'agit de la ténonite suppurée. La ténonite qui reconnaît pour cause le rhumatisme reste le plus souvent séreuse et se termine par résolution. En admettant que le mode de terminaison par suppuration soit possible, il doit être excessivement rare. Il en est de la ténonite qui accompagne le rhumatisme comme des arthrites de même origine : le processus inflammatoire n'est pas de nature phlegmoneuse ; il y a ordinairement « *restitutio ad integrum* », sans passage par le stade de suppuration.

Les fièvres éruptives, sans même que l'infection soit particulièrement intense, sont susceptibles d'exercer une influence manifeste sur le développement de cette affection. Caron du Villards a signalé l'apparition de la ténonite à la suite des oreillons, de la rougeole, de la scarlatine. Il est vrai que les cas relevés par cet auteur se rapportent tous « à une simple hydropisie de la capsule de Tenon », suivant son expression ; mais, quoi d'étonnant que l'épanchement primitivement séreux devienne

purulent par suite d'infections secondaires ou même qu'il le soit d'emblée du fait de la maladie infectieuse elle-même? Fuchs, Freund Hodges, Schwarz ont rapporté des observations de ténonite purulente consécutive à l'influenza. Dans trois exemples cités par Fuchs, deux fois la ténonite était restée séreuse, une fois elle était purulente. (Obs. II). Au nombre des causes provocatrices de la suppuration de l'espace ténonien, on a encore invoqué l'érésypèle de la face, la puerpéralité (Dransart).

Kipp a signalé l'influence non douteuse du traumatisme ; à C. Capolongo est dû un cas très caractéristique de ténonite suppurée primitive, consécutive à un traumatisme du globe oculaire (Obs. V).

Meyer a rencontré le cysticerque. Sgrosso cite une observation de ténonite partielle suppurée due à un cysticerque (Obs. VI). Ce dernier a pu reproduire expérimentalement les lésions irritantes auxquelles donne lieu la présence d'un cysticerque. Pour ce faire, il fit pénétrer dans la cavité ténonienne d'un lapin de petits fragments de sureau alcoolisés et désinfestés. Après un certain laps de temps, les fragments se montrèrent enkystés dans une capsule granuleuse analogue à la poche adventice d'un cysticerque. Il semble donc, d'après l'auteur, que l'expérience avec le sureau alcoolisé reproduise le processus provoqué par le cysticerque. Conséquemment, il lui paraît fort plausible d'admettre l'hypothèse suivante, à savoir que l'action de celui-ci doit être attribuée à des agents chimiques représentés par les produits de sécrétion et d'excrétion du ver (Valude).

Enfin Romiée (de Liège) cite un cas très curieux dans lequel le phlegmon de la capsule de Tenon était consé-

cûtif à un abcès de la joue : l'inflammation de la joue s'était propagée en suivant les aponévroses jusqu'à la capsule de Tenon. Velpeau a déjà signalé que le phlegmon de l'orbite pouvait être dû à la propagation de la phlegmasie des fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire ; « mais, jusqu'à présent, je ne sache pas, dit Romiée, que l'origine de l'inflammation de la capsule de Tenon ait jamais été rattachée à un abcès de la joue, origine qui, dans l'observation, est tout à fait démontrée par l'injection et le reflux du liquide (Obs. VIII). »

Nous n'insisterons pas sur les cas de ténonite suppurée pouvant survenir à la suite d'une opération septique. Qu'il nous suffise simplement de signaler qu'après la strabotomie, surtout si la sclérotique a été exposée, et la capsule de Tenon largement incisée ; qu'après l'opération de la cataracte, suivie d'irido-cyclite purulente, il sera donné d'observer parfois le développement de la ténonite suppurée.

Il est possible également de rencontrer des cas secondaires à des inflammations oculaires de voisinage. On remarquera, en effet, que la ténonite pourra être la conséquence de la propagation de l'inflammation de l'œil à la bourse séreuse, de même que l'inflammation de la séreuse se communique aux enveloppes de l'œil et même au tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Cette possibilité tient à la communauté de la circulation de l'œil et de ses annexes, et même de tous les tissus contenus dans l'orbite. Le tissu celluleux sous-conjonctival communique avec celui de l'espace ténonien, et une injection de gélatine colorée au bleu de Prusse, poussée par la conjonctive parvient dans ce dernier es-

pace et réciproquement (Panas). Etant donnée la facilité avec laquelle les liquides de la séreuse rétro-oculaire se répandent dans l'œil, et vice-versa, on comprend aisément par quel mécanisme les affections de l'œil s'étendent à la capsule de Tenon.

Enfin, il se présentera certainement dans la pratique, quelques cas où la cause de l'infection n'apparaîtra pas nettement ; à ce nombre appartient celui qu'a publié M. Rollet, et que nous relatons en tête de nos observations. Peut-être faut-il incriminer le rôle prépondérant d'infections secondaires ; peut-être même faut-il considérer le processus phlegmasique comme relevant d'une infection banale. Quoi qu'il en soit, il y a lieu de croire qu'à l'avenir, de nouvelles observations permettront d'éclaircir ce point de l'étiologie, resté encore obscur.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de l'affection est brusque et s'annonce par des douleurs. C'est en effet le premier symptôme qu'accusent les malades. Il réside dans des douleurs péri-orbitaires intenses survenant par accès, comme s'il s'agissait d'une névralgie. Loin de se limiter à la région orbitaire, la douleur s'irradie à la moitié correspondante de la face. Son siège correspond à la distribution de la branche ophtalmique de Willis; le nerf sous-orbitaire n'est pas touché. Les crises douloureuses n'offrent rien de régulier dans leur apparition ni dans leur durée respective.

A ces douleurs spontanées et périodiques s'ajoute une douleur gravative permanente qui paraît siéger au fond de l'orbite et qu'augmente la pression sur le globe oculaire.

Ce qui est tout à fait caractéristique, c'est que dès le début, tout mouvement du globe est douloureux. Si on dit au malade de suivre du regard le doigt promené devant les yeux, il ne le fait que grâce à des mouvements d'ensemble de la tête; mais les yeux restent immobiles. Cette douleur qu'éveille tout mouvement du globe s'explique facilement, si l'on songe aux prolongements aponévrotiques que la capsule de Tenon envoie aux muscles moteurs de l'œil. Chaque fois que ceux-ci entrent en jeu, leur mouvement provoque la douleur.

Les troubles fonctionnels se bornent aux douleurs dont nous venons de fixer les caractères et à la gêne des mouvements de l'œil.

Malgré cet ensemble de phénomènes, pendant les deux ou trois premiers jours, on n'observe rien d'anormal à l'inspection des yeux. Pas de rougeur de la conjonctive (car ce signe n'apparaît que secondairement). Ordinairement, pas d'hypersécrétion lacrymale, sauf chaque fois qu'on essaye d'ouvrir l'œil pour en faire l'examen. Le larmolement qui en résulte est vraisemblablement dû à un acte réflexe que détermine la douleur provoquée. La vision n'est nullement troublée, et rien n'explique d'une façon apparente les souffrances éprouvées par le malade.

Mais dès le troisième jour, quand les douleurs orbitaires et péri-orbitaires, la gêne des mouvements, ont acquis leur summum d'intensité, apparaît un nouveau symptôme, l'*injection sous-conjonctivale* avec rougeur, bientôt suivie du gonflement des paupières et de *chemosis* ou œdème séreux de la conjonctive péricornéenne.

Nous décrirons successivement ces différents symptômes :

La rougeur de la conjonctive bulbaire peut manquer ; mais le plus souvent, il sera donné de la constater. De Wecker lui attribue même une grande valeur diagnostique. Elle est due à l'injection vasculaire du tissu sous-conjonctival. Il est vraisemblable d'admettre que cette congestion ne relève pas uniquement de l'inflammation, étant donnée la gêne de la circulation intra-orbitaire qui accompagne nécessairement la distension de la capsule rétro-oculaire.

Le gonflement est ordinairement limité à la paupière

supérieure dont l'infiltration séreuse peut amener la chute au devant de la cornée : ce qui constitue le *p/osis*. Celui-ci, loin d'être constant, était cependant des plus apparents chez le malade de M. Rollet (Obs. I). Ce signe a été noté par Puech dans un cas de ténionite simple. Quoiqu'il en soit, le ptosis, quand il existe, suffit à gêner la vision.

Le gonflement et le changement de couleur de la paupière supérieure offrent un aspect particulier qu'il importe dès maintenant de mettre en relief, vu qu'il a sa valeur au point de vue du diagnostic différentiel. Ce gonflement est limité par une ligne bien accusée, de sorte qu'il reste environ 1 cm. à 1 cm. 1/2 de peau de couleur pâle et non œdémateuse entre elle et le contour de l'orbite. Cette particularité indique que la suppuration est bornée à l'intérieur de la capsule de Tenon et qu'elle a laissé intacts les tissus extra-capsulaires.

Le *chemosis* est non moins apparent. Il s'agit d'une infiltration séreuse de la conjonctive bulbaire formant comme un bourrelet autour de la cornée. Le chemosis est constant et il occupe d'abord le cul-de-sac inférieur de la conjonctive bulbaire. Il est susceptible de s'étendre au cours de l'évolution de la maladie ; mais il reste ordinairement séreux et offre une remarquable persistance.

Il est un autre signe dont il importe d'autant mieux de bien déterminer la nature, qu'il peut parfaitement passer inaperçu, si l'on n'y prend garde. Nous voulons parler de l'*exophthalmie*. La saillie du globe oculaire n'apparaît qu'au bout de quelques jours : c'est donc un phénomène secondaire. Cette protrusion de l'œil est facilement explicable. Il arrive ici ce qui a lieu pour la synoviale d'une articulation atteinte d'arthrite purulente ; les

parties refoulées sont celles qui offrent la moindre résistance à la pression. Cette exophtalmie n'est jamais très considérable et ne dépasse pas quelques millimètres, 2 à 7 au plus. Quel qu'en soit d'ailleurs le degré, il est toujours en rapport avec la quantité de pus qui distend la capsule de Tenon. Si l'exophtalmie est très légère, elle peut passer inaperçue, surtout quand l'affection est binoculaire. De plus, elle se produit d'une manière uniforme; elle est directe. Le globe est simplement projeté en avant sans aucune déviation dans quelque autre sens. Ce fait a une grande importance, vu qu'il peut servir au diagnostic de la ténionite, avec d'autres affections orbitaires s'accompagnant d'une exophtalmie qui présente des caractères différents.

Alors qu'à l'état normal le globe de l'œil est extrêmement mobile et se meut dans tous les sens avec la plus grande facilité, l'œil reste comme figé et immobile quand il est atteint de ténionite. A cette immobilité imposée par la douleur qui résulte de tout déplacement du globe, se joint la *limitation des excursions bulbaires*, phénomène qui peut échapper à un observateur non exercé, vu qu'il est beaucoup moins prononcé que dans les inflammations des autres parties de l'orbite. C'est un signe qui demande à être cherché, car il ne se manifeste que pendant les mouvements extrêmes de l'œil et n'est sensible aux malades qu'en leur donnant la perception d'images doubles. Dans le regard direct, il n'y a pas de diplopie. L'apparition des images doubles n'a lieu que pendant le regard forcé, dans toutes les directions.

Si maintenant, après la constatation des diverses manifestations symptomatiques dont il vient d'être question,

on passe à l'examen des membranes de l'œil et de ses annexes, on constatera la tuméfaction des culs-de-sac conjonctivaux avec induration des sillons orbito-palpébraux, sans que ces derniers présentent de collection purulente fluctuante, comme dans le phlegmon orbitaire.

Dans plusieurs cas de ténonite suppurée cités par les auteurs, il est fait mention *d'une petite collection purulente siégeant à l'insertion d'un ou de plusieurs des muscles droits*. Dans le cas de M. Rollet, petit abcès au niveau de l'insertion juxta-cornéenne du muscle droit supérieur. Dans l'observation de Romiée, on distinguait au niveau du chemosis, à l'insertion du muscle droit interne une petite tumeur enflammée dont l'incision donna issue à de la sérosité sanguinolente et à du pus. Dans le cas de C. Capolongo, petite collection purulente au niveau de l'insertion du droit externe et du droit interne. Etant donnée la disposition anatomique de la capsule de Tenon, au niveau des attaches tendineuses des muscles oculaires, on comprendra facilement que le pus, enfermé dans cette capsule, doive nécessairement suivre la gaine aponévrotique qui accompagne le tendon musculaire jusqu'à son insertion scléroticale, d'où cette petite saillie de la sclérotique au point où viennent se fixer les tendons.

On sent en outre, par la pression exercée sur le pourtour de l'orbite, que les parties molles de cette cavité sont distendues et vaguement fluctuantes (Linhart).

Malgré cet ensemble symptomatique auquel donne lieu l'inflammation péri-oculaire, les membranes de l'œil sont relativement intactes, et les milieux restent transparents.

La cornée est un peu floue, terne; parfois le bleu de méthylène décelera un petit ulcère.

L'iris est normal quant à sa couleur et à sa forme ; la pupille n'est pas déformée.

Les membranes profondes ne subissent en général aucune modification notable, du fait de l'affection ténionienne.

En dehors de la gêne qu'éprouve le malade à mouvoir son œil, l'acuité visuelle n'est pas sensiblement diminuée. Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre, puisque les membranes sont intactes.

L'examen ophtalmoscopique est en général possible ; vu que les milieux ne sont pas troublés. Le Pr Panas signale dans la ténionite « la dilatation des veines rétiniennes et l'existence d'un poulx veineux ne dépassant pas l'aire du disque papillaire ». Romiée a observé, à différents examens ophtalmoscopiques, un léger œdème péripapillaire. Chez le malade de M. Rollet, il y eut une véritable névrite optique, avec atrophie post-inflammatoire au début.

Dans la ténionite suppurée, telle que nous venons de la décrire, il s'agit d'une lésion surtout locale, avec peu de retentissement sur l'ensemble de la constitution ; peu de fièvre ; pas de délire ni autres accidents cérébraux, tel qu'il est fréquent de les rencontrer dans le phlegmon de l'orbite.

Cependant la ténionite séreuse peut s'accompagner de réaction générale, comme dans l'épidémie observée par Zielinski, de Nenski et Karpinski, dans l'exsudation ces auteurs ont trouvé des staphylocoques. De même, l'examen bactériologique fait par M. Courmont a démontré l'existence de staphylocoques gardant le Gram dans le pus du malade opéré par M. Rollet.

DURÉE. MARCHÉ. COMPLICATIONS

La durée de la maladie se montre assez variable, à en juger par les quelques observations que nous reproduisons à la suite de ce travail. Il est donc impossible d'assigner à son évolution des limites précises.

La ténionite séreuse a une durée moyenne de trois semaines (Panas). Chez le malade de l'observation I, l'affection a évolué en six semaines. Abandonnée à elle-même, la ténionite suppurée n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Le pus enflamme de proche en proche le nerf optique, et se répand dans l'orbite ou dans l'intérieur du globe. On est exposé, en effet, à voir survenir, principalement du côté du globe, des complications graves qui compromettent irrémédiablement la fonction de cet organe.

Au nombre des complications possibles, nous citerons la panophtalmie (Schwarz, Gallamaërts) ; l'hyalite suppurée (Fuchs), de vives douleurs nécessitant l'énucléation (Hodges), la perforation du globe, suivie d'atrophie (Capolongo), l'atrophie optique (Rollet, Rampoldi).

En définitive, sur 11 observations (nous ne disons pas 12, car dans celle de Gasparrini, les suites de la maladie ne sont pas indiquées), nous trouvons :

Sept fois, la *cécité* ;

Quatre fois, la *guérison* ; mais parmi les cas de guérison, dans l'un d'eux, il y eut mort par méningite après un mois, et dans un autre, il s'agissait d'une ténonite suppurée partielle par cysticerque (Sgrosso), ce qui peut être considéré comme un cas à part. La possibilité de ces complications se déduit facilement de la communauté de circulation de la séreuse retro-oculaire avec les autres organes contenus dans l'orbite. Du côté de la loge postérieure et des graisses orbitaires, nous aurons le phlegmon de l'orbite, les cellulites, les phlébites orbitaires. Mais, une fois la totalité des tissus extra-capsulaires atteinte, on aura affaire à tout le cortège symptomatique qui accompagne ordinairement la suppuration de la loge orbitaire postérieure ; dès lors la véritable ténonite perd son individualité.

Ajoutons d'ailleurs que les redoutables complications dont nous venons de faire une rapide énumération, seront en général conjurées par un traitement approprié, et surtout hâtif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Parmi les signes relevés à propos de la ténionite suppurée, plusieurs constituent des symptômes communs à un certain nombre d'affections localisées dans l'orbite, plus particulièrement le phlegmon orbitaire, la panophtalmite et l'ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire, affections à réaction inflammatoire vive avec douleurs intenses.

Nous les passerons successivement en revue pour en établir le diagnostic différentiel.

1° *Phlegmon de l'orbite*. — Cette grave affection survient brusquement, parfois en 24 heures. Brusquement, en effet, éclatent les signes d'une inflammation très vive : le plus souvent, ceux-ci acquièrent d'emblée leur summum d'intensité. Le mode d'invasion est donc tout-à-fait caractéristique : la rougeur des paupières est précoce, alors que dans la ténionite ce phénomène est secondaire. Le gonflement et l'induration des culs-de-sac conjonctivaux s'accompagnent d'une sensation très nette de fluctuation, ce qui n'a pas lieu quand la suppuration est limitée à la cavité ténionienne. L'exophtalmie est en général très marquée ; parfois la déviation du globe est latérale : le sens de la déviation est natu-

rellement opposé à la région de l'orbite où le pus vient de préférence s'accumuler. En outre, la vision est le plus souvent abolie, quand il s'agit d'un phlegmon orbitaire, alors que, dans la ténonite, l'acuité visuelle n'est que peu ou pas diminuée. L'ensemble des symptômes généraux, fièvre, agitation, délire, douleur très violente, rappellent plutôt le tableau clinique qui accompagne une maladie infectieuse grave. Rien de semblable dans la ténonite, où tout est plus local.

2° *Panophtalmite*. — Ici, pas d'exophtalmie. Aucune déviation du globe qui conserve sa place normale ; mais il est fortement tendu, dur et comme congelé. La cornée est trouble ; le pus a envahi la chambre antérieure. Or, la ténonite ne s'accompagne jamais d'hypopyon ou d'hyalite, à moins de complication. La compression de la rétine produit de la photopsie. D'ailleurs l'évolution de la panophtalmite, autrement grave que celle de la ténonite, aboutit à la perforation du globe qui se vide, d'où atrophie. En présence d'une ténonite, le traitement permettra toujours d'éviter de pareils désordres et de conserver l'œil.

3° *Ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire*. — Il s'agit d'une tuméfaction assez nettement circonscrite dont il sera facile de délimiter les contours. Un autre signe différentiel est tiré de ce fait que, dans l'ostéopériostite, la pression sur le rebord orbitaire à l'aide des doigts insinués entre les parois de l'orbite et la paupière, est très douloureuse, particularité qu'on ne retrouve pas dans la ténonite.

4° *Sinusites*. — Le diagnostic se pose avec la sinusite frontale et la sinusite maxillaire. La première de ces

deux affections donne de l'exophtalmie en dehors et en bas qui diffère de l'exophtalmie directe et parfois inférieure, telle qu'elle se manifeste dans la ténonite. Cependant dans quelque cas où les sinus frontaux sont extraordinairement développés, particularité que nous avons eu l'occasion d'observer sur une pièce anatomique présentée par M. le Dr Patel à la Société des sciences médicales et où les sinus frontaux acquièrent un tel développement qu'ils dédoublent en quelque sorte l'étage antérieur du crâne, le diagnostic offrira quelque difficulté, parce qu'on se trouvera en présence d'une sinusite s'accompagnant d'exophtalmie inférieure. Mais hâtons-nous d'ajouter que ce sont là des exceptions et que dans la pratique on aura rarement affaire à des cas de ce genre. D'ailleurs, l'existence d'une tumeur siégeant à l'angle supéro-interne de l'œil et très nettement limitée à cette région, tandis que le chemosis pourra s'étendre à la totalité de la conjonctive bulbaire, parlera en faveur d'une sinusite frontale,

Si l'on a affaire à une sinusite maxillaire, l'exophtalmie en haut, la douleur à la pression sur le maxillaire supérieur, l'œdème unilatéral de la face, l'écoulement purulent par le nez, la coexistence d'une lésion nasale ou dentaire, permettront de distinguer cette affection de la ténonite suppurée. En cas de doute, l'éclairage des sinus pourra donner des renseignements utiles, quoique peu précis, en raison de l'œdème de la région palpébrale qui masque les régions d'éclairage.

De plus, si ces sinusites viennent à s'ouvrir dans l'orbite, elles donnent immédiatement lieu à un phlegmon de cette cavité, affection dont le diagnostic vient d'être précisé.

5° *Tumeurs intra-orbitaires.* — Ce n'est qu'à la première période de son évolution qu'on pourra confondre une tumeur avec la ténonite. Dans le cas de tumeur, la propulsion de l'œil peut avoir lieu, ou bien directement en avant, ce qui est rare, ou bien en bas, en haut, en dehors, en dedans, suivant le siège que la tumeur occupe dans l'orbite, lequel est toujours dans un point opposé au déplacement subi par le globe. L'exophtalmie due à un épanchement capsulaire est directe et se produit d'une manière uniforme. De plus, un malade atteint de tumeur intra-orbitaire, accuse de la diplopie, et ceci dans toutes les positions du globe, car les deux axes visuels cessent de converger. Plus tard, apparaissent des signes spéciaux, tels que paralysie d'un des muscles de l'œil; myopie ou hypermétropie, etc. La compression soit du globe, soit du nerf optique, amène nécessairement une diminution de l'énergie visuelle, et plus tard, une amaurose plus ou moins complète.

L'ophtalmoscope fait découvrir des troubles circulatoires qui retentissent de proche en proche jusqu'à la papille dont les veines paraissent engorgées et tortueuse.

Il est encore une variété d'exophtalmie qu'on doit distinguer de l'exophtalmie symptomatique de l'épanchement capsulaire. Nous voulons parler de la variété signalée par les auteurs du *Compendium* et due à la paralysie de la plupart des muscles de l'œil; on lui a donné le nom d'*exophtalmie atonique* ou *ophthalmoptosis*. Elle s'accompagne souvent d'une paralysie du releveur de la paupière supérieure, ce qui amène la chute de cette paupière ou ptosis, symptôme que nous avons vu exister parfois dans la ténonite. Mais l'erreur sera facilement évitée si l'on

considère que, dans l'ophtalmoptose, l'œil est pendant en avant par son propre poids et absolument dépourvu de fixité. Il faut une pression méthodique pour le réduire dans la cavité orbitaire et l'y maintenir.

Alors que le P^r Panas n'attribue qu'une valeur tout à fait accessoire à la rougeur de la conjonctive bulbaire, l'injection sous-conjonctivale offrirait, au contraire, d'après de Wecker, un aspect assez spécial et représenterait un phénomène assez constant, pour distinguer la ténionite d'autres affections du globe, susceptibles de déterminer l'apparition de ce signe. Il s'agit, en effet, d'une injection très prononcée avec tuméfaction du tissu sous-conjonctival, phénomène qu'on chercherait vainement à rattacher, soit à une kératite, soit à une iritis, soit enfin à une affection des membranes profondes. Cette injection violacée et le gonflement du tissu périkératique rappellent, quant à l'aspect, la tuméfaction épiscélrale, si manifeste dans quelques formes d'iritis ; seulement, dans la ténionite, l'iris est intact et ses fonctions sont normales. L'injection ne peut pas non plus se rattacher à une choroïdite ; car, bien qu'elle persiste en général plusieurs semaines, les milieux de l'œil n'offrent jamais un trouble aussi marqué et la vue reste à peu près normale. « Enfin, ajoute de Wecker, il n'est pas permis de songer à une violente inflammation de la sclérotique, à laquelle le tissu sous-muqueux de la conjonctive bulbaire se serait associé ; cette confusion est impossible à cause de l'égalité de répartition de l'injection et l'absence de foyer avec soulèvement en monticule du tissu épiscélral de la muqueuse. »

Le gonflement des paupières, s'il est peu marqué,

pourrait en imposer pour un œdème d'orifice albuminurique. Mais il sera le plus souvent facile d'éviter toute méprise à cet égard, grâce aux douleurs éprouvées par le malade et à la gêne des mouvements ; d'ailleurs l'analyse des urines lèvera tous les doutes.

Dans la majorité des cas, lorsque les signes de la suppuration ne laisseront plus aucun doute, il sera toujours possible de les rapporter à une inflammation localisée à l'espace de Tenon, sans participation de la loge rétro-oculaire. Parmi ces signes, deux ont surtout de l'importance. C'est d'abord *le faible degré de l'exophtalmie*, c'est surtout *le petit abcès collecté au niveau des insertions tendineuses d'un ou plusieurs muscles droits, comme dans les cas de Rollet, de Romiée et de Capolongo*. Ces deux ordres de phénomènes sont donc caractéristiques, puisque dans la suppuration de la loge orbitaire postérieure l'exophtalmie est très marquée et que le pus vient apparaître dans les sillons orbito-palpébraux ou les culs-de-sac conjonctivaux (Rollet).

Notons enfin l'absence de réaction générale qui, dans l'espèce, est tout à fait caractéristique.

Nous avons cru utile d'insister sur le diagnostic différentiel de l'affection, en raison de sa difficulté surtout au début. La ténionite a pu être parfois méconnue, en raison de l'intégrité de l'œil et du léger degré de l'exophtalmie, signe absolument constant, mais qui peut parfaitement passer inaperçu pour un observateur non prévenu, surtout si les deux yeux étaient simultanément atteints.

PRONOSTIC

Alors que la ténionite séreuse est en général bénigne et guérit le plus souvent par les moyens médicaux en trois semaines environ (Panas, Puéchagut, Daillet), la ténionite suppurée, au contraire, réclame une intervention hâtive qui seule peut empêcher les complications graves de survenir. Il serait, en effet, téméraire de lui attribuer un pronostic à coup sûr bénin (E. Rollet); car parmi les quelques cas observés jusqu'alors, la plupart loin d'aboutir à la guérison, ont, soit entraîné de graves désordres dans le globe oculaire, soit compromis ou même aboli la fonction visuelle. On peut donc perdre la vue du fait d'une ténionite suppurée. C'est dire qu'en présence d'une suppuration nettement constatée, il faudra se hâter d'intervenir: nous le répétons, le succès dépend ici de la rapidité de l'intervention.

TRAITEMENT

En abordant la question très importante du traitement nous croyons devoir passer sous silence les divers moyens médicaux d'un usage courant, en raison de leur inefficacité, ou tout au moins de leur insuffisance quand on se trouve en présence d'une collection purulente remplissant la cavité rétro-oculaire.

La *ponction*, déjà pratiquée par Caron du Villards, ne donnera pas davantage de résultats dans la ténonite suppurée, bien qu'elle puisse trouver son indication dans la ténonite séreuse simple.

Lorsque les signes de la suppuration ont apparu manifestement, il est formellement indiqué d'intervenir, et l'intervention consistera ici dans l'ouverture de la collection au bistouri.

Quant au mode opératoire qu'il convient d'employer, Terson conseille d'ouvrir la capsule, de préférence par la voie cutanée, plutôt que par la conjonctive, évitant ainsi l'infection de l'œil par le pus qui s'écoulera, après l'incision, par le cul-de-sac conjonctival.

« On s'inspirera, dit cet auteur, dans chaque cas particulier des circonstances, tout en intervenant surtout par la peau et en avançant avec la sonde cannelée et le bistouri boutonné, s'il y a lieu ». A son procédé, Terson

reconnait l'avantage d'assurer le drainage dans les meilleures conditions. Ainsi comprise l'intervention sera sensiblement la même que pour un phlegmon de l'orbite.

En présence d'un cas rebelle à tous les traitements, le Dr Dransart eut recours à la *capsulotomie ténonienne*. Voici comment il la décrit lui-même : « Je choisis comme
« lieu d'élection l'espace situé entre l'insertion du droit
« inférieur et celle du droit externe. Je fis une incision
« parallèle au cercle scléro-cornéen, à 7^{mm} de ce cercle
« environ ; l'incision faite avec des ciseaux avait environ
« 8^{mm} de hauteur, elle comprenait l'épaisseur de la conjon-
« tive soulevée préalablement par une pince à griffes.
« L'incision faite, je disséquai la conjonctive d'avant en
« arrière et je mis à nu la capsule de Tenon. Je soulevai
« cette membrane à l'aide d'une pince et j'y fis une
« incision analogue à celle que j'avais faite dans le
« premier temps de la conjonctive. Cela fait, je disséquai
« la capsule assez profondément en passant les ciseaux
« entre la capsule et la sclérotique. J'appliquai un panse-
« ment antiseptique ».

Bien que ce procédé opératoire ait été mis en œuvre en vue de combattre une ténonite séreuse, nous le croyons susceptible de trouver son application en présence d'une ténonite suppurée ; mais, tout en reconnaissant la légitimité de l'intervention préconisée par Terson, de la capsulotomie de Dransart, il nous a semblé, avec M. Rollet, que le simple débridement de la capsule, au point où la collection viendra faire saillie, suffira dans la majorité des cas à amener la guérison, à l'exclusion de tout autre manœuvre opératoire.

La marche à suivre est des plus simples et sans aucun

danger pour le patient. Après anesthésie du malade au chlorure d'éthyle, on incisera la collection purulente péritendineuse : un stylet introduit par la plaie indiquera que le bistouri a bien pénétré dans la cavité ténonienne. Afin de s'assurer qu'il n'y a pas de suppuration dans la loge postérieure de l'orbite, il sera prudent de faire une incision le long du rebord orbitaire, de préférence du côté supéro-externe. On appliquera enfin un pansement antiseptique, légèrement compressif. Dans la suite, le pus s'écoulera librement par la fistule conjonctivale qu'aura laissée l'ouverture pratiquée au niveau de l'insertion tendineuse. Ordinairement il ne persistera, une fois la fistule fermée, qu'une légère cicatrice blanchâtre, à peine appréciable, comme chez le malade de M. Rollet,

A la suite de cette simple intervention, on verra, en général, disparaître les troubles visuels dus à la présence d'une collection liquide derrière l'œil. L'évacuation de l'épanchement rétro-oculaire préservera le malade de l'atrophie optique, accident consécutif à la compression prolongée du nerf, et de la plus haute gravité, puisqu'il entraîne irrémédiablement la perte de la vision (Obs. III). En intervenant dès le début, on empêchera l'inflammation de se propager aux membranes de l'œil, on conjurera également le phlegmon de l'orbite et la panophtalmie, toutes complications très graves qu'on a constatées dans plusieurs cas malheureux, où l'état de l'œil a nécessité son énucléation (Obs. IV).

Il est donc important d'intervenir hâtivement dans les cas de ténonite suppurée et d'avoir recours au débriement de la capsule, sans perdre un temps précieux à essayer des traitements aussi divers qu'inefficaces.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Société Française d'Ophthalmologie, mai 1902)

E. ROLLET. — *Ténonite suppurée ; atrophie optique au début.*

Célestin F., 21 ans, entre dans le service de M. Rollet, le 13 mars 1901. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Il se plaint d'une chute complète de la paupière supérieure gauche survenue il y a trois semaines. Cette paupière, à l'examen, est légèrement œdémateuse, sans rougeur. Rien à l'examen de l'œil et de ses annexes. Rien d'anormal ailleurs. Traitement mixte.

Le 17 mars, il y a une légère exophtalmie et un chemosis peu accentué, toujours ptosis un peu œdémateux. Le 20 mars, la paupière œdématisée présente une rougeur manifeste ; il y a de l'hyper-sécrétion lacrymale, les mouvements de l'œil sont limités. Le fond de l'œil est normal, ainsi que l'acuité visuelle.

Le 23 mars, l'état s'est aggravé, les paupières sont tuméfiées et enflammées. L'œil est figé, les sillons orbito-palbébraux sont indurés sans présenter de collection purulente fluctuante. La cornée est floue, avec un petit ulcère décelé par le bleu de méthylène ; un peu d'exophtalmie directe, douleurs spontanées très vives, pas de douleur profonde à la pression du rebord orbitaire. Tuméfaction du cul-de-sac conjonctival supérieur et petit abcès au niveau de l'insertion juxta-cornéenne du muscle droit supérieur.

Le malade anesthésié au chlorure d'éthyle, j'incise la collection purulente péri-tendineuse et un stylet que j'introduis m'indique que je suis dans la cavité rétro-oculaire. Une incision faite le long du

rebord orbitaire supéro-externe permet d'assurer qu'il n'y a pas suppuration de la loge orbitaire postérieure.

25 mars : Réunion immédiate de l'incision orbitaire. Toujours chemosis. Cornée terne, V. = 1/10.

26 mars : Toujours issue de pus par la fistule conjonctivale.

22 avril : Départ du malade. Légère cicatrice blanchâtre vers l'insertion du droit supérieur. Le ptosis a disparu, les mouvements oculaires sont normaux ; pas d'exophtalmie ; cornée transparente. A l'examen ophtalmoscopique, papille sale avec rétrécissement des artères. V. = 1/6.

L'examen du pus a montré en bouillon de culture des staphylocoques gardant le Gram (Courmont).

14 juin : Le malade est revu. L'œil a son apparence extérieure normale ; la papille a un peu blanchi, V. = 1/10.

OBSERVATION II

(Lehr. d. Augenh. 1889).

Fucus (de Vienne). — *Ténonite suppurée, consécutive à l'influenza.*

Hypopyon. Cécité.

Un journalier, âgé de 46 ans, avait eu une attaque d'influenza, avec de grandes douleurs dans la tête, les membres et le corps, qui le forcèrent à garder le lit pendant huit jours. Le 4^e jour, on vit apparaître un gonflement de la paupière supérieure qui s'étendit rapidement à la paupière inférieure. Durant huit jours, les paupières furent considérablement enflées ; au bout de ce temps, il y eut écoulement de matière entre les paupières et le gonflement diminua progressivement. La vision n'était pas affectée, au début de l'attaque, mais quand les paupières purent s'ouvrir, l'œil était aveugle.

A la première visite, faite à la 3^e semaine, il y avait encore un gonflement considérable des paupières avec exophtalmie. L'œil était poussé en avant et en bas, et ses mouvements étaient très limités, surtout en dehors. La conjonctive était injectée, œdématisée et très épaissie. En haut et en dehors de la cornée, la conjonctive pré-

sentait une perte de substance laissant à nu la sclérotique. Une ouverture semblable se voyait au-dessus de la cornée, à peu près à la limite antérieure de la capsule de Tenon. Une sécrétion purulente s'échappait de ces deux ouvertures dans lesquelles on pouvait passer une sonde fine et pénétrer ainsi dans l'arrière-cavité de la capsule de Tenon. Il y avait du pus dans la chambre antérieure et dans le vitré ; la pupille était petite et adhérente ; la tension oculaire était au-dessus de la normale et la perception lumineuse abolie. Le malade souffrait également d'une pneumonie catarrhale. On trouva des pneumocoques dans le pus qui s'échappait de la capsule. Des souris inoculées avec ce pus moururent de septicémie et des cultures successives donnèrent des colonies de cocci.

OBSERVATION III

(Annali di ottalmologia, 1882)

RAMPOLDI. — *Ténonite suppurée. Amaurose.*

Dans les derniers jours du mois de mars, je fus invité en dehors de Pavie à voir le Dr P., un brillant médecin, homme sain et robuste, touchant la soixantaine. Il racontait avoir été pris, il y a quelques jours, d'un chemosis rhumatismal de la conjonctive de l'œil gauche, rebelle à tout espèce de traitement. Je le trouvai gardant le lit et souffrant de douleurs très vives dans la région sourcillière gauche avec des irradiations vers le front et la moitié correspondante de la tête.

Il avait placé sur la région malade un emplâtre émollient quelconque, afin de calmer cette vive douleur. Il avait une légère réaction fébrile, et si je me rappelle bien, un léger catarrhe gastrique, avec une stomatite provoquée par le calomel. Le patient racontait qu'il y a quinze jours, de retour de voyage, il avait été pris soudainement de sueurs profuses et que, de cette époque, datait son mal. Au début, il ne ressentit qu'une chaleur médiocre de la conjonctive ; la nuit suivante, apparut un bourrelet saillant autour de la cornée, plus prononcé dans le segment inférieur : il se constitua un chemosis séreux.

L'œil est éteint, immobilisé. Application de sangsues à la région mastoïdienne gauche.

Œil doit normal. Œil gauche immobile. Paupière inférieure renversée en bas et immobilisée par le chemosis conjonctival dur et recouvert de quelques croûtes durcies. Hyperhémie de la conjonctive ; gonflement de la caroncule lacrymale ; tension de la paupière.

L'examen attentif de la cornée par l'éclairage oblique indique un léger trouble vers la périphérie ainsi qu'au centre. Après dilatation de la pupille avec de l'atropine, je pus faire l'examen du fond de l'œil avec l'ophtalmoscope. Léger trouble du vitré avec reflet blanc empêchant d'examiner la rétine et la choroïde. Pas d'inflammation de l'iris, à part un léger dépoli. Les doigts de la main agités devant l'œil sont bien comptés par le malade, qui ne se plaint que d'insomnie, d'inappétence et d'inquiétude.

Malgré un examen soigné, aucun indice de suppuration dans l'orbite. J'éliminai naturellement une conjonctivite primitive ; de même je ne considérai pas le chemosis conjonctival comme symptomatique d'une choroïdite primitive ou d'un phlegmon de l'orbite. Je crus devoir éliminer la question de choroïdite, en considérant que, si la choroïde avait été prise en première ligne, la fonction visuelle aurait dû disparaître plus tôt et les phénomènes d'exophtalmie auraient été secondaires, ce qui était le contraire dans notre cas. De plus, la congestion de la choroïde constituant une vraie inflammation, aurait donné naissance à quelques phénomènes subjectifs qui ne seraient pas passés inaperçus du malade. D'autre part, une choroïdite existant déjà depuis quelques jours donnerait une exophtalmie plus prononcée et aurait compromis davantage la vision. De même j'écartai l'hypothèse d'un phlegmon de l'orbite, considérant que depuis le début de l'affection, il ne s'était pas encore produit de suppuration.

Il me semble qu'on devait plutôt diagnostiquer une ténionite qui expliquait le mode d'invasion à la suite d'une hydropisie aiguë produite dans la capsule de Tenon, laquelle se serait enflammée consécutivement, ce qui expliquait l'exophtalmie, le chemosis, la douleur vive et spontanée.

De plus, on constatait l'absence de cette blepharite caractéristique du phlegmon du tissu adipeux rétro-oculaire.

Ce qui toutefois me confirma dans mon diagnostic fut d'observer trois petites ouvertures faites spontanément dans la conjonctive, répondant aux trois tendons des muscles droits supérieur, interne et inférieur, desquelles sortit un liquide séreux, trouble, mélangé de quelques grumeaux blanchâtres.

Le patient racontait que les douleurs avaient beaucoup diminué; il me parut utile de lui conseiller un bandage légèrement compressif, administration de KI en solution.

Examen huit jours après : on constate la perte de la vision du côté gauche.

Au niveau des ouvertures conjonctivales, on voyait les tendons des muscles de couleur blanchâtre, ce qui avait fait dire à un médecin présent, qu'il s'était produit un processus de nécrose. On relève également une légère ulcération de la cornée sur son pourtour et du côté interne.

L'examen pratiqué après vingt jours donne les renseignements suivants :

Paupière supérieure normale; paupière inférieure renversée; globe oculaire imparfaitement rentré dans l'orbite, conservant ses mouvements physiologiques, bien que limités dans une certaine mesure. Vers l'insertion du droit interne, un tissu blanchâtre cicatriciel, rappelait l'aspect que l'on observe après une ténotomie interne. Le globe oculaire fortement dévié en dehors et en bas paraissait plus volumineux qu'à l'état normal. Sclérotique distendue à sa partie supérieure et d'une couleur plombée; cornée transparente, sauf dans le secteur interne, où on voyait une tache qui se dirigeait vers le centre. Chambre antérieure augmentée de volume. Iris décoloré, atrophié. Pupille immobile, irrégulière et recouverte d'un léger voile grisâtre, réfractaire à l'éclairage oblique. Cristallin couleur d'ambre clair. L'examen du fond de l'œil est impossible. Augmentation de la tension oculaire. Aucune douleur dans l'œil.

Je proposai une iridectomie afin de diminuer la tension intérieure.

Amaurose, par compression du nerf optique.

OBSERVATION IV

(Annales d'oculistique 1892).

F. HODGES. — *Ténonite consécutive à l'influenza ;*

Enucléation et examen du globe.

Le malade, âgé de 44 ans, avait été atteint d'une attaque d'influenza pendant le mois de juin 1891.

Durant la seconde semaine de la maladie, la paupière inférieure se gonfla, la moitié inférieure de la conjonctive du globe devint chémotique et en même temps une légère exophtalmie apparut.

L'incision des parties infiltrées de la conjonctive fut suivie d'une amélioration temporaire. Peu de jours après, une incision profonde allant jusqu'au plancher de l'orbite fut pratiquée sans qu'on trouva de pus.

Le 8 juillet, l'auteur constata un gonflement considérable des deux paupières et un chemosis général. Le globe était légèrement déplacé en avant et en bas, presque immobile et très sensible à la pression, tandis que le bord orbitaire n'était pas douloureux. Les milieux réfringents troublés ne permettaient pas l'examen ophtalmoscopique. L'iodure de potassium fut donné à l'intérieur et on appliqua des fomentations chaudes sans résultats ; une seconde incision profonde fut aussi inutile.

Le 14 juillet, l'œil fut énucléé à cause des douleurs. L'opération fut très difficile, car le globe était adhérent dans toute son étendue à la capsule de Tenon. Les parties inférieure et postérieure étaient enfermées dans une masse fibreuse qui environnait également le nerf optique.

L'examen microscopique dû à M. Træcher Collins donna les résultats suivants :

Les masses fibreuses qui environnent le globe et le nerf optique sont composées de faisceaux irréguliers de tissu fibreux parsemés de leucocytes ; elles contiennent quelques portions de muscles oculaires, infiltrés par du pus. La rétine est totalement décollée. La choroïde et le corps ciliaire sont partout infiltrés de cellules rondes, mais l'iris est normal, ainsi que la cornée et le cristallin.

OBSERVATION V

(Archivio di Oftalmologia 1898-99)

G. CAPOLONGÓ. — *Ténonite purulente primitive, consécutive à un traumatisme. — Phtisie oculaire.*

Il s'agit d'un malade atteint de leucome adhérent par ulcération cornéenne perforée anciennement à droite, qui reçoit un coup par une branche de bois, et chez lequel quelques jours après, on constate de l'exophtalmie axile, une diminution de la mobilité du globe oculaire, du chemosis et même une augmentation de volume apparente du globe à la palpation. On a la sensation d'un coussinet mou et élastique superposé à l'équateur du bulbe. On note, en outre, la possibilité de repousser le bulbe dans l'orbite sans rencontrer un obstacle marqué, opposé par le tissu cellulaire orbitalaire, la douleur à la pression et dans les mouvements de latéralité de l'œil, enfin la présence de deux saillies, au point d'insertion des muscles droits interne et externe. On incisa ces deux saillies en tenant le bistouri à plat sur la sclérotique et il y eut issue de pus en quantité supérieure à celle qui pouvait être contenue dans les deux saillies mentionnées. L'auteur pensa que le pus venait de la capsule de Tenon, et en effet, en injectant une solution de formol avec la seringue d'Anel, le liquide sortait par les deux ouvertures après avoir distendu la poche et reproduit l'exophtalmie, sans que le liquide pénétra dans l'intérieur de l'œil qui avait encore une perception lumineuse et ne présentait aucun trouble de l'iris ou de la chambre antérieure.

Plus tard (19 jours après), du côté interne existait une ulcération de la saillie sus-décrite; il se produisit une perforation avec issue du cristallin et une atrophie du globe.

L'auteur estime, en se basant sur le tableau clinique, que c'est bien une ténonite suppurée primitive et que la perforation du globe a été secondaire.

OBSERVATION VI

(Analysée par Valude dans la *Revue gén. d'Opht* 1893)

SGROSSO. — *Ténonite partielle suppurée due à un cysticerque.*

M^{me} B. Atti, 40 ans, mariée depuis 6 ans et sans enfants, a toujours souffert pendant la période cataméniale d'une migraine qui n'a fait qu'augmenter après le mariage. Le jour de ses noces, elle fut prise d'une arthrite aiguë qui dura 4 mois. A quelque temps de là, fausse couche et pendant deux ans, endométrite catarrhale. — Actuellement grand amaigrissement, sans aucun trouble fonctionnel.

Il y a 4 mois, sans cause apparente, elle éprouva une forte douleur à la tempe, au front et à l'œil gauche, suivie de diplopie. La conjonctive devint rouge et le lendemain, il se produisit une sécrétion muqueuse avec une forte tuméfaction des paupières. La malade ne se rappelle pas s'il y a eu exophtalmie ; elle sait seulement que pour fixer les objets à gauche, elle devait tourner la tête parce que les mouvements de l'œil gauche dans cette direction étaient douloureux. Au bout de 10 jours, la rougeur de la conjonctive et l'enflure des paupières disparurent.

Persistance de la gêne douloureuse pour regarder à gauche, il semblait dans ce mouvement qu'on arrachait l'œil. Il y a un mois actuellement que ces mêmes faits se sont répétés, mais au bout de 8 à 10 jours, ils ont disparu spontanément.

Dans la soirée du 8 juin dernier, de fortes douleurs à la tempe et au côté gauche se firent sentir de nouveau, le globe de l'œil devint rouge et le lendemain matin la tuméfaction des paupières avait amené un tel gonflement qu'on ne pouvait guère les écarter qu'un peu à l'aide des doigts. Au bout de 24 heures diminution de l'intensité des symptômes ; mais tout-à-coup il se manifesta une douleur aux articulations, notamment à l'articulation scapulo-humérale droite.

A l'observation de la malade le lendemain de la dernière attaque, on constata : œdème inflammatoire des paupières gauches, plus

intense dans la section orbitaire de la paupière supérieure ; injection de la conjonctive bulbaire ; chemosis séreux uniforme tout autour de la cornée ; exophtalmie sagittale de 5^{mm} environ. Sensation légèrement douloureuse de l'œil au toucher ; excursions bulbaires difficiles, bornées, douloureuses surtout du côté temporal. Milieux dioptriques transparents. Membranes oculaires normales. V = 1.

11 juin. — Diminution de l'enflure des paupières et du chemosis ; excursions bulbaires plus étendues en haut et en bas, mais celles en dehors sont difficiles et douloureuses, en sorte que le centre de la cornée dépasse de bien peu la ligne médiane ; légère diminution de l'exophtalmie.

12 juin. — Nouvelle diminution de l'œdème inflammatoire ; disparition du chemosis ; rougeur de la conjonctive bulbaire avec un foyer de plus grande intensité au secteur externe de l'œil ; excursions bulbaires en dehors encore difficiles et douloureuses ; exophtalmie de 2^{mm} environ.

13 juin. — Sur le secteur externe du globe vers l'équateur, on aperçoit une petite éminence rougeâtre qui, même en tenant les paupières closes, provoque un léger déplacement en dehors du ligament palpétral externe. A travers la plaie de cette région, soit que la malade regarde droit devant elle, mais surtout quand les yeux sont dirigés à droite, on sent que cette tuméfaction a la forme d'un cordon porté en dehors dans la direction du méridien horizontal tandis qu'elle disparaît dans la position opposée de l'œil.

L'aspect du fond oculaire est normal. V. = 1.

On prescrit des fomentations chaudes.

14 juin. — Légère augmentation de volume de la tuméfaction épibulbaire sans autre modification ; légère sécrétion muqueuse de la conjonctive.

16 juin. — Sécrétion diminuée à la suite de l'usage d'astringent ; tuméfaction augmentée en hauteur et étendue en forme de cône évasé dont la base atteint la périphérie de la cornée. On continue les applications chaudes.

20 juin. — L'extrémité du cône est plus pointue ; est tournée vers la cornée, à 4^{mm} de la périphérie de celle-ci. Sa couleur

tire sur le jaune ; elle cède au contact d'une sonde, tandis que partout ailleurs, la tuméfaction a une dureté élastique.

Le diagnostic porté fut le suivant : abcès circonscrit de la cavité ténonienne probablement provoqué par un cysticerque.

L'examen des selles de la malade est négatif. — Incision horizontale de la tuméfaction épibulbaire, dont on recueille le pus.

Lavage de la cavité de l'abcès avec sublimé à 5/1000. Le fond de la cavité était constitué par la sclérotique intacte ; bandage compressif.

La tuméfaction se réduisit petit à petit jusqu'au point de disparaître le 7^e ou le 8^e jour après l'incision, tandis que les mouvements oculaires reprirent leur extension normale.

OBSERVATION VII

• In thèse de Daillet, Paris, 1893-94)

DRANSART. — *Ténonite phlegmoneuse et suppurée.*

P. P., 33 ans, domestique, se présente à la clinique avec l'œil gauche extrêmement saillant en avant et la paupière supérieure très volumineuse. Un bourrelet de chemosis entoure la cornée ; ce bourrelet est si volumineux, qu'il empêche les paupières de se fermer. Le chemosis est surtout prononcé en haut. L'œil paraît figé et immobile. Le sujet se plaint de grands maux de tête, on voit sourdre du pus dans le cul-de-sac supérieur.

Le début de l'affection remonte à 5 jours. Il y a eu d'abord des picotements périorbitaires et de grands maux de tête. Le malade n'a jamais eu de douleurs dans les articulations.

Le Dr Dransart pratique immédiatement une large ouverture de la capsule de Tenon, de chaque côté du tendon du muscle droit supérieur et deux jours après, le sujet sort guéri et complètement soulagé.

La capsule, dans ce cas, était très épaisse, et elle avait une consistance presque cartilagineuse.

OBSERVATION VIII
(Recueil d'ophtalmologie 1879)

ROMÉE (de Liège). — *Inflammation de la capsule de Tenon, suite d'un abcès de la joue*

Le 21 avril 1875, je suis appelé à examiner M. P., âgé de 37 ans. Il présente une affection de l'œil gauche. Le médecin traitant, M. le Dr Tassel, me rapporte que M. P... a souffert de la goutte à diverses reprises, et qu'il y a quatre semaines, il a été atteint d'une angine et stomatite diphthériques. Celles-ci ont été combattues avec succès, et elles ne laissent à leur suite qu'une diminution de l'enbompment et l'ouverture d'un abcès de la joue gauche, qui s'est vidé dans la cavité buccale. La poche abcédée semble se réduire de plus en plus, mais elle produit toujours du pus. Le malade n'est pas syphilitique.

Depuis hier, l'œil gauche est manifestement proéminent ; on remarque une rougeur sous-conjonctivale périkeratique et un léger chemosis à la partie inférieure du globe. L'acuité visuelle est normale, l'œil est emmétrope. Aucun autre phénomène, ni local, ni général, ne peut être constaté. Le malade éprouve seulement une certaine gêne du côté de l'œil dont les mouvements sont conservés. Le diagnostic précis doit être tenu en suspens.

Le traitement consiste en de légers dérivatifs sur le tube intestinal (vu l'état de la bouche, nous croyons devoir écarter le calomel) et en applications émollientes sur l'œil.

Le lendemain, l'état de l'œil est le même ; le 23, la proéminence du globe est plus accentuée et les mouvements oculaires sont gênés ; ces deux symptômes s'améliorent le 24.

Le 25 avril — Le chemosis est plus prononcé ; il s'étend autour de la cornée ; au niveau de l'insertion du droit interne, il est plus saillant que partout ailleurs et se présente sous la forme d'une petite tumeur. Nous portons le diagnostic de phlegmon de la capsule de Tenon.

Je plonge un couteau de de Græfe le long du muscle droit in-

terne, afin d'obtenir si possible un dégagement des tissus ; je pratique une ouverture assez considérable à la capsule de Tenon, persuadé que je rencontrerai du pus ; mes prévisions ne se réalisent pas, un peu de sérosité sanguinolente apparaît.

Le 28 avril. — L'état de l'œil ne s'est pas modifié ; j'ai laissé se refermer l'ouverture que je jugeais inutile de maintenir. Je constate aujourd'hui un développement plus accusé du chemosis, et il existe même au côté interne du globe une petite tumeur jaunâtre qui indique la présence du pus ; une mèche de charpie maintiendra l'ouverture de la plaie ; les cataplasmes émollients seront appliqués continuellement. Le soir, le chemosis est réduit de beaucoup sans avoir encore disparu et la protrusion du globe a diminué.

Le 30, l'amélioration est encore plus marquée ; cependant il persiste un chemosis formant un léger bourrelet conjonctival au-dessus du bord de la paupière inférieure ; l'œil reste encore un peu proéminent.

Jusqu'au 31 mai, la plaie a produit un écoulement purulent, mais la quantité de liquide a été variable : ainsi parfois, en pressant sur le globe il sort beaucoup de pus, tandis qu'à d'autres moments la pression n'amène qu'une très minime sécrétion. Pendant ce laps de temps, les phénomènes subjectifs se résument en une gêne que le malade éprouve dans l'orbite et que les mouvements oculaires augmentent ; ceux-ci sont plus limités dans leur étendue qu'à l'état normal, et la diplopie apparaît dans les directions extrêmes. L'acuité visuelle reste $S = 1/1$, et l'ophtalmoscope, à différents examens, révèle l'existence d'un léger œdème péripapillaire (celui-ci a persisté jusqu'au commencement du mois de juin).

L'état général du malade va en s'améliorant ; l'abcès de la joue marche lentement vers la guérison. Le 18 mai, alors que j'espérais arriver au terme de la maladie, le chemosis redevient aussi prononcé, qu'il l'a été, et la saillie du globe reparait plus évidente que jamais ; les mouvements oculaires sont plus difficiles. Le traitement avait consisté en cataplasmes émollients sur l'œil pendant le jour et en un bandeau compressif pendant la nuit ; la sécrétion était évacuée plusieurs fois par jour. En outre, les toniques et les dérivatifs intestinaux étaient mis en usage.

Le diagnostic de phlegmon de la capsule de Tenon devait être maintenu. Mais l'origine nous échappait absolument.

Le 23 mai, ayant résolu de recourir aux injections modificatrices, je pratiquai, au moyen de la seringue de Desmarres, une injection d'eau tiède par l'ouverture existant au niveau du droit interne. Je fus quelque peu surpris de voir tout le liquide disparaître et de sentir au moment même se former un noyau dur à la joue, au niveau de la poche abcédée. La pression à cet endroit fit refluer immédiatement le liquide à travers l'ouverture conjonctivale. En présence de M. le D^r Tasset, je renouvelai plusieurs fois de suite cette expérience en ayant soin de comprimer tout le rebord orbitaire inférieur et le résultat fut chaque fois le même : le liquide reflua en grande partie par le lieu de l'introduction et le reste se déversait en partie dans la bouche.

Le 26 mai, M. le D^r Borlée en consultation, vit le malade et approuva le traitement ; celui-ci consistait localement en compression légère, en dehors des applications tièdes deux fois par jour pendant deux heures, et en injection d'eau dans la capsule de Tenon.

27 juin. — Depuis le commencement du mois, la plaie buccale est fermée, et l'affection oculaire a été en s'améliorant, mais non sans offrir de temps à autre de petites augmentations dans la proéminence du globe et dans la quantité du pus secrété. A partir du 10 juin, le malade a éprouvé des douleurs sourdes dans la partie orbitaire de l'os frontal ; mais, pas plus qu'au début de l'affection, l'examen le plus approfondi ne m'a rien fait découvrir d'anormal dans les os de l'orbite. Depuis le 24 juin, la sécrétion est tarie, et la plaie oculaire est fermée.

1^{er} juillet. — L'œil est encore un peu proéminent, et un léger chemosis inférieur persiste encore.

9 juillet. — La protrusion du globe a complètement disparu, mais le malade éprouve encore un peu de gêne dans l'orbite.

16 juillet. — Le malade est complètement guéri : les mouvements oculaires, l'aspect de l'œil, tant au fond qu'à l'extérieur, et les fonctions visuelles sont dans les conditions normales.

OBSERVATION IX

(Annali di Ottalmologia, 1894. — Analysée par de Bono dans la Revue générale d'ophtalmologie, 1895.)

GASPARRINI. — *Ténonite suppurée (?) par pneumocoques.*

Pendant la guérison d'une conjonctivite catarrhale aiguë avec ulcère du bord inférieur de la cornée chez un sujet atteint de lupus, l'auteur a vu se développer une affection oculaire fébrile caractérisée par du chemosis spécialement prononcé en bas, par des douleurs ressenties par le malade dans le fond de l'œil, par une légère diplopie, sans autres complications du côté du globe oculaire. Une ouverture formée spontanément dans la paupière inférieure laissa échapper du pus, et dans celui-ci, comme dans la sécrétion du sac conjonctival, on trouva des pneumocoques.

Des expériences furent faites pour reproduire par la culture des pneumocoques la maladie décrite, et les résultats furent positifs; deux lapins inoculés avec des cultures dans l'espace sous-ténonien succombèrent à des infections en tout point analogues. L'examen anatomique des yeux d'un des lapins, enlevés avec les tissus orbitaires, démontra la présence de cellules embryonnaires et purulentes dans l'espace épisclérotical de Schwalbe.

Là aussi furent trouvés des pneumocoques. L'auteur croit que les pneumocoques trouvés précédemment par lui dans la conjonctive avaient, par la voie de l'ulcère, pris le chemin de la capsule de Ténon et déterminé à cet endroit une inflammation purulente.

OBSERVATION X.

(Société Belge d'Ophtalmologie, nov. 1898. Analysée par de Lantsheere dans le Recueil d'Ophtalm. 1899).

GALLEMAERTS (de Bruxelles). — *Ténonite suppurée (?) traumatique. — Enucléation. — Accidents cérébraux.*

Il s'agit d'un cas de ténonite par infection chez une femme, après une blessure de la sclérotique et de la conjonctive à l'œil gauche : dou-

leurs, œdème des paupières, forte exophtalmie. Une ponction ne donne que très peu de pus. L'état de l'œil ayant empiré, on pratique l'exentération. Le pus écoulé à ce moment ne renfermait que des staphylocoques. Cinq jours après, la malade est prise de symptômes cérébraux ; délire, paralysie de la jambe droite, du membre supérieur droit. Elle est restée après en traitement pendant 4 mois avec les mêmes accidents et a présenté une phlébite dans l'intervalle.

OBSERVATION XI

(Discussion de la communication de M. Rollet à la Société française d'Ophtalm., mai 1902).

(Bulletins de la Soc. Franç., d'Opht. 1902).

E.. PUECH. — *Ténonite suppurée. — Méningite mortelle un mois après.*

Il y a 4 ans 1/2, je fus appelé par un confrère afin d'examiner une enfant de 8 ans, qui depuis deux jours présentait des phénomènes oculo-orbitaires bizarres.

Il y a deux semaines, me fut-il raconté, l'enfant, en jouant avec son cerceau se blessait avec le baton d'occasion qui servait à pousser son jouet. La plaie étendue, mais nullement profonde, occupait la région palpébrale immédiatement au-dessous du sourcil ; quelques lavages antiseptiques, un pansement maintenu pendant deux jours, et tout rentrait dans l'ordre. Le traumatisme et les divers incidents étaient oubliés depuis longtemps lorsque l'enfant fut prise de fièvre. Sa paupière présentait un certain gonflement et son œil, en léger exorbitisme, était fixe dans l'orbite.

Le médecin de la famille songea à une injection des paupières par l'ancien traumatisme dont il existait encore, il est vrai, quelques traces, une petite croute que j'enlevai séance tenante avec l'ongle, la peau était saine au-dessous.

L'œdème palpébral particulier, un œdème blanc bien limité avec son bourrelet ciliaire rosé, le chemosis quasi transparent, l'immobilité du globe, ce que je voyais et ce qui manquait pour constituer un phlegmon des paupières et de l'orbite me fit porter le diagnostic de ténionite. Sept à huit jours après une première visite, je revenais voir la malade dont les douleurs orbitaires étaient devenues parfois intenses, et dont la température présentait dans la journée des variations parfois considérables oscillant entre 36°8 et 39°7. La paupière supérieure était presque uniformément rouge, mais son œdème était plus marqué, l'exorbitisme ne présentait rien de bien extraordinaire; quant au chemosis, il était devenu plus épais et avait une teinte citrine. L'œil ne pouvait se mouvoir qu'au prix de douleurs intenses.

L'enfant fut mise sous le chloroforme pour nous permettre de rechercher une collection purulente que nous devions trouver dans l'orbite. En soulevant la paupière supérieure, en la retournant avec une pince à mors larges, nous vîmes un bourrelet qui occupait toute l'étendue du sillon, mais avec une portion quelque peu débordante au niveau du bord externe du droit supérieur. J'introduisis mon bistouri à ce niveau et le retirai avec la lame couverte d'une sécrétion séro-purulente, mais il ne s'écoula aucun liquide. Le lendemain le pansement était taché par une sécrétion d'un jaune verdâtre.

Cinq jours après l'intervention, l'œil avait repris sa place, les paupières ou plutôt la paupière supérieure conservait un œdème ciliaire persistant, l'enfant recouvrait et serrait son œil.

Vingt-cinq jours après l'intervention l'enfant qui dans l'intervalle avait repris ses jeux, tout en se refusant à découvrir son œil dont les mouvements lui étaient toujours pénibles, devint taciturne, se renfermant dans sa chambre et évitant la lumière. Lors de ma visite il avait la tête enfouie dans l'oreiller et lorsque je réclamai du jour pour l'examiner, il se recouvrit avec la couverture et il fallut engager une lutte pour le maintenir pendant quelques minutes en place. Le côté primitivement malade ne présentait rien de particulier, il n'y avait plus trace d'œdème d'aucune sorte, la pupille était fortement resserrée l'autre était au contraire assez largement dilatée. Bref, exactement

42 jours après l'intervention, l'enfant mourut d'une méningite tuberculeuse-type. Vers la fin, je constatai une double névrite optique, entourée de quelques hémorragies. L'autopsie confirme le diagnostic de tuberculose.

OBSERVATION XII (résumée).

(Deutschmann's Beilg. zur Augenheilk. 1898 fasc. 30 p. 34. —

Analysée dans les Annales d'oculistique, 1898. T. 120, p. 65'.

SCHWARZ. — *Ténonite consécutive à l'influenza. Panophtalmie.*

A l'examen histologique, on trouve des diplocoques de Franckel-Weichselbaum.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom de *ténonite suppurée* ou d'hygromite de la bourse séreuse rétro-oculaire, il faut entendre tout processus phlegmasique aboutissant à la suppuration et se développant dans l'espace cellulaire décrit par Schwalbe.

II. — On doit, à côté de la ténonite séreuse subaiguë ou chronique, de la ténonite sèche, décrites par les auteurs, admettre une troisième forme qui est la forme purulente.

III. — L'affection est caractérisée cliniquement par : les douleurs névralgiques ; la gêne des mouvements de l'œil ; l'exophtalmie légère ; le chemosis séreux ; le développement d'une petite collection purulente à l'intersection scléroticale d'un ou de plusieurs des muscles droits. (E. Rollet).

IV. — Le diagnostic doit être fait avec le phlegmon de l'orbite, la panophtalmite, l'ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire, les sinusites et avec toutes les affections localisées dans la cavité orbitaire et susceptibles de s'accompagner d'exophtalmie.

V. Le pronostic, loin d'être bénin, doit être réservé, en raison des complications graves qui peuvent survenir dans le cours de l'évolution de la maladie (hypopyon, phlegmon de l'œil, atrophie optique).

VI. — Le seul moyen de guérir les cas de ténionite phlegmoneuse consiste à pratiquer hâtivement le débriement de la capsule de Tenon, au niveau de ses prolongements péricornéaux juxta-cornéens.

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 novembre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BONNET *Annales d'Oculistique*, 1841, T. V, p. 27.
- BERLIN *Klin. Monatsblätter*, 1866.
- BECKER (O.) *Wien. med. Wochens*, n^{os} 65 et 66, 1866.
- BOCK *Wien. med. Zeitg.*, n^o 26, 1884.
- BOUCHERON *Annales d'Oculistique*, 1879.
- CARON DU VILLARS *Guide Pratique*, 1838.
- — — *Annales d'Oculistique*, 1858.
- CAPOLONGO (C.) . . *Archivio di Ottalmologia*, 1898-99.
- DAILLET *Les Ténonites et les indications de la Capsulotomie*.
— Th. de Paris, 1893-94.
- DECHAMBRE *Dictionnaire des Sc. méd.*, art. Œil.
- DRANSART *Journal d'Oculistique du Nord de la France*, 1893.
- FUCHS *Lehr. d. Augenh.*, 1889.
- GASPARRINI *Annali di Ottalmologia*, 1894.
- HEYL *Americ. Journal of med. sc.*, avril 1880.
- FREUND HODGES . . *Annales d'Oculistique*, 1892.
- HOLMES *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1892, p. 317.
- KIPP *Soc. americ. d'Opht.*, New-London, 1892.
- LAPERSONNE (de). . Thèse d'agrégation, 1886.
- LAGRANGE *Tr. de Chirurgie Duplay et Reclus*, T. III, 1891.
- LINHART *Verand. des phys. med. Gesellschaft zu Würzburg*,
Bd IX, p. 245.
- MAC KENSIE *Annales d'Oculistique*, 1841 et 1858.
- MAZZA Congrès de Rome, 1894.
- MOTAIS *Annales d'Oculistique*, T. VII, p. 80.

- M. MEYER..... *Archives d'Ophthalmologie*, 1893.
O'FERRALL..... *Dublin Journal of med. sc.*, 1841.
PANAS..... *Archives d'Ophthalmologie*, 1883, p. 302.
— *Semaine médicale*, 1897.
PUÉCHAGUT..... *De la Ténionite rhumatismale*. — Thèse de Paris, 1883-84.
PUECH..... *La Clinique ophthalmologique*, 1895 et *Soc. franç. d'Ophthalm.*, mai 1902.
RAMPOLDI..... *Annali di Ottalm.*, 1882, t. XI, p. 170.
ROMIÉE..... *Recueil d'ophthalmologie*, 1879.
ROLLET (E.)... *La Ténionite suppurée*. *Communic. à la Société Franç. d'Ophth.*, mai 1902.
SCHIESS-GEMUSENS *Klin. Monatsblätter*, 1878, T. XVI.
SOELBERG-WELLS. *Virchow's Arch.* T. XXX.
SGROSSO..... *Revue générale d'Ophtalm.*, 1893.
SCHWARZ..... *Deutschmaun's Beitr. z. Augenh.*, 1898.
SILCOCK..... *Opht. Soc. of the V. Kingd.* 1889.
TERSON..... *Chirurgie oculaire*.
TESTUT (L.)..... *Traité d'anatomie humaine*.
TILLAUX..... *Anatomie topographique*.
VIEUSSE..... *Recueil de méd. M^{re}* 1878, p. 502.
Zielinski, de Menski & Karpinski *Annales d'Oculistique*, 1896.
WECKER (de).... *Traité comp. d'Ophtalm.*, 1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Anatomie et Physiologie	10
Définition	14
Etiologie	18
Symptomatologie	22
Durée. — Marche. — Complications	28
Diagnostic différentiel	30
Pronostic	36
Traitement	37
Observations	40
Conclusions	57
Index Bibliographique	59

LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

32, cours Gambetta, 32

